

Patient:in

Name
Vorname
Strasse
PLZ / Ort
Geb.datum Geschlecht
AHV-Nr.
Telefon
Mail

Empfänger

GLN ZSR
Mail

Kostenträger

Adresse

GLN

Gesetz/Fall

Beh. grund
Gesetz
Vers.-Nr.
Fall.-Nr./-Dat.

Untersuchungstermin

dringend Patient:in meldet sich Termin vereinbaren ab
 Termin vereinbart am ::

Gewünschte Abklärung

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Neurologisches Konsilium | <input type="checkbox"/> Elektroencephalographie (EEG) | <input type="checkbox"/> Visuell Evozierte Potentiale (VEP) |
| <input type="checkbox"/> Liquorpunktion | <input type="checkbox"/> Elektroneuromyographie (ENMG) | <input type="checkbox"/> Sensibel Evozierte Potentiale (SEP) |
| <input type="checkbox"/> Anderes (bitte angeben) | <input type="checkbox"/> Nächtliche Pulsoxymetrie | <input type="checkbox"/> Neurovask. Duplexsonographie |
-

Anamnese / Indikation / Fragestellung / Medikation

Bei Platzproblemen können Sie das Zusatzfeld auf der Folgeseite verwenden

Zuweiser:in

Zuweiser:in = Hausärzt:in

Mail
GLN ZSR
Tel.

Hausärzt:in

Bitte Befundkopie an Hausärzt:in

Mail
GLN ZSR
Tel.

Datum

Elektronische Übermittlung

Bemerkungen